

Dolor agudo en la mujer: características y estrategias de afrontamiento

Autora: Sheila Olivas del Olmo

Tutorizado por: Estefanía Ruiz Palomino

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Universitat Jaume I



Resumen

Existen diversas hipótesis tanto biológicas como psicológicas y sociales que indican que el dolor es más frecuente e intenso en la mujer, convirtiéndose en una experiencia desagradable y estresante que interfiere en diferentes ámbitos de la vida. El objetivo del actual estudio es conocer la prevalencia del dolor agudo en mujeres adultas jóvenes, el tipo de afrontamiento psicológico y las conductas terapéuticas para su manejo. La muestra estuvo formada por 109 mujeres de 20 y 39 años. Se administró como batería de instrumentos: el Cuestionario de Afrontamiento al Dolor Crónico-Reducido (CAD-R) (Soriano y Monsalve, 2004), la adaptación de la entrevista telefónica sobre el dolor de espalda y conductas terapéuticas para el manejo del dolor (Bassols, Bosch, Campillo y Baños, 2003), la adaptación experimental de la Escala de Locus de Control de Salud (HLC) (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992) y un entrevista sobre automedicación como conducta terapéutica (ad hoc). Los resultados mostraron que todas las mujeres evaluadas habían experimentado dolor agudo en el último medio año y se caracterizaba por ser continuo (32,11%), localizado en varias zonas corporales ($x=4,28$; $DT=1,69$) y de moderado a intenso ($x=2,68$; $DT=0,92$). Además, se observó que interfería, principalmente, en el ámbito laboral ($x=2,72$; $DT=1,01$) y en el estado de ánimo ($x=2,60$; $DT=1,09$). Prevalcieron las estrategias de afrontamiento activo ($x=42,22$; $DT=10,76$), (p.ej.: autoafirmación y distracción). Además, se observaron diversas conductas terapéuticas, destacando la automedicación farmacológica (75,20%). En conclusión, la alta presencia de dolor agudo y de automedicación en la mujer deja patente la necesidad de promover estrategias de afrontamiento activas haciéndoles partícipes del control de su salud y educar en realizar una automedicación responsable.

Palabras Clave: dolor agudo, mujer joven, estrategias de afrontamiento, locus de control, conductas terapéuticas, automedicación.

Abstract

There are several biological, psychological and social hypotheses that indicate that pain is more frequent and intense in women, making it an unpleasant and stressful experience that interferes in different areas of life. The aim of the present study is to know the prevalence of acute pain in young adult women, the type of coping strategies and the therapeutic behaviors for their management. The sample consisted of 109 women aged ranged 20 and 39 years. The assessment measures were: Chronic Pain Coping Questionnaire- Reduced (CAD-R) (Soriano & Monsalve, 2004), the adaptation of the telephone interview on back pain (Bassols, Bosch, Campillo y Baños, 2003), the experimental adaptation of the Health Locus of Control (HLC) (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992) and a scale of therapeutic behavior such as self-medication (ad hoc). The results showed that all the women evaluated had experienced acute pain in the last six months and it was characterized by being continuous (32,11%), located in several body regions ($x=4,28$; $SD=1,69$) and moderate to severe ($x=2,68$; $SD=0,92$). On the other hand, it was observed that it interfered mainly in the work environment ($x=2,72$; $SD=1,01$) and in the mood ($x=2,60$; $SD=1,09$). Active coping strategies prevailed ($x=42,22$; $SD=10,76$) (for example: self-assertion and distraction). In addition, several therapeutic behaviors were observed, emphasizing pharmacological self-medication (75,20%). In conclusion, the high presence of acute pain and self-medication in women makes clear the need to promote active coping strategies by involving them in controlling their health and educating in responsible self-medication.

Key Words: acute pain, young women, coping strategies, locus of control, therapeutic behavior, self-medication.

Introducción

El dolor agudo es una *“respuesta sensorial del sistema nociceptivo a consecuencia de un daño tisular que produce una respuesta inflamatoria que sensibiliza los nociceptores periféricos”* (Loeser y Treede, 2008). Se caracteriza por tener un inicio reciente, un curso severo y por estar limitado temporalmente (Chapman y Vierck, 2017; Seth y de Gray, 2016). Se trata de un dolor bien localizado, relacionado con la enfermedad o lesión y con los procesos de reparación y cicatrización por lo que presenta una gran variabilidad tanto en su aparición como en su duración (Chapman, Donaldson, Davis y Bradshaw, 2011; Pérez, 2012; Seth y de Gray, 2016; Zavarize y Wechsler, 2016). Actualmente, es uno de los motivos de consulta más prevalentes tanto en atención primaria como en urgencias hospitalarias (Calsina, Moreno, González, Solsona y Porta, 2011; Cristancho, Vecino y Misas, 2015; Arrebola, García, Labrador, Orera y Martínez, 2016). Diversos estudios científicos establecen su prevalencia entre el 40% y casi el 80% de las consultas médicas en población general de distintas comunidades autónomas de España (Calsina, Moreno, González, Solsona y Porta, 2011; Vicente et al., 2016). Concretamente, en población española de entre 15 y 44 años, su prevalencia oscila entre el 30% y el 40% (INE, 2014).

Las mujeres son un colectivo de riesgo para el dolor agudo ya que, según algunos autores como Keogh (2006) o Lombana y Vidal (2012), existe una mayor frecuencia tanto clínica como experimentalmente. Desde una perspectiva biológica, se ha demostrado que existe una mayor conectividad funcional en los sistemas moduladores del dolor descendentes en las mujeres. Concretamente, en las respuestas ante el dolor, las mujeres tienen una mayor activación en zonas como la corteza frontal contralateral, la ínsula contralateral y el tálamo (Lombana y Vidal, 2012; Wang, Erpelding y Davis, 2014 citado por Bartley y Fillingim, 2016). Además, las hormonas sexuales afectan a su percepción del dolor, de tal forma que la sensibilidad y el umbral del dolor son diferentes según el ciclo menstrual (Bartley y Fillingim, 2016; Lombana y Vidal, 2012; Seth y de Gray, 2016). Socialmente, el género femenino se ha caracterizado por ser más sensible al dolor, tener más aceptación ante este y ser más permisivo ante expresiones de dolor (Bartley y Fillingim, 2016; Ramírez y Esteve, 2014; Zavarize y Wechsler, 2016). Por último, desde el ámbito psicológico, autores como Courbalay, Deroche y Woodman (2016) o Sobol, Babel, Plotek y Stelcer (2016) están estudiando la relación entre neuroticismo y dolor. Las mujeres tienden a puntuar más alto en dicha dimensión de

personalidad, lo que se refleja en una mayor sensibilidad a la amenaza, una mayor conciencia corporal y una mayor tendencia a informar de malestar subjetivo (Bermúdez, Pérez, Ruíz, Sanjúan y Rueda, 2011; Courbalay, Deroche y Woodman, 2016). Por ello, se considera que el neuroticismo podría mediar en la relación entre el miedo y el dolor (Courbalay, Deroche y Woodman, 2016). En resumen, gran parte de la evidencia científica aboga por diferencias entre hombres y mujeres tanto en la percepción del dolor como en su respuesta ante éste desde diferentes perspectivas (Lombana y Vidal, 2012; Ramírez y Esteve, 2014; Seth y de Gray, 2016; Zavarize y Wechsler, 2016). Sin embargo, autores como Riskowski (2014 citado por Bartley y Fillingim, 2016) defienden que dichas diferencias son menos bruscas cuando se trata de dolor agudo.

En general, el dolor agudo se caracteriza en la mujer por ser de mayor intensidad, producir una mayor interferencia en su día a día y ser más frecuente (Keogh, 2006; Lee et al., 2017). Su prevalencia oscila entre el 55,7% y el 63% (Kablonska et al., 2006 citado por Rojas, 2015). En la Encuesta Europea de Salud en España (2014) se observó que, de las mujeres que habían experimentado dolor en las últimas cuatro semanas, el 62,8% lo habían experimentado con una intensidad leve o moderada (INE, 2014). Sin embargo, Cedraschi et al. (2013) observaron en 56 mujeres una intensidad media de dolor intenso basándose en una Escala Visual Analógica (EVA). Además, en las mujeres tiende a encontrarse un número mayor de localizaciones corporales con dolor (Keogh, 2006; Lee et al., 2017), siendo los más frecuentes el dolor de cabeza, el abdominal, los trastornos temporomandibulares y el de espalda (Bendaya, Ramírez, Ferrer, López y Esteve, 2017; Courbalay, Deroche y Woodman, 2016; Lombana y Vidal, 2012; Zavarize y Wechsler, 2016).

La presencia de dolor agudo puede llegar a tener importantes consecuencias negativas en niveles de vida muy diferentes (personal, laboral, familiar y/o social), sobre todo si no está bien tratado (Finlay y Anil, 2016; Vicente et al., 2016). Por ejemplo, la influencia sobre el rendimiento en actividades cotidianas, el abandono de actividades de ocio, la posible obligación de guardar reposo o el absentismo laboral son importantes consecuencias de este tipo de dolor (Bassols y Baños, 2006; Vicente et al., 2016). Además, el dolor agudo posee un papel determinante en la disminución de la calidad de vida al interferir en aspectos como el sueño y el estado de ánimo (Castro et al., 2011 citado por Zavarize y Wechsler, 2016; Gutiérrez, 2014). En 2016, Vicente et al. llevaron a cabo un estudio con 1080 trabajadores en

el que señalaron que el dolor agudo afectaba principalmente a la capacidad de trabajo seguido de la actividad general. Así mismo, destacaron que las mujeres percibían una mayor interferencia en las diferentes actividades de la vida diaria (actividad general, estado de ánimo, caminar, trabajar, relaciones personales, sueño y ganas de disfrutar la vida) y sobre todo con una edad comprendida entre los 36 y 45 años.

La manera en que una persona afronta una situación de dolor tiene una gran variedad de consecuencias tanto en la experiencia del dolor como en sus diferentes ámbitos de vida. El afrontamiento se define como *“los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus y Folkman, 1984). A la hora de definirlo, se puede diferenciar dos tipos de afrontamiento (Botero, 2013; Garivia, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007; Gutiérrez, 2014): 1) el afrontamiento activo, entendido como todo tipo de conducta de afrontamiento centrado en el problema, por el cual la persona busca controlar el dolor mediante la realización de actividades (p.ej.: relajación) o mediante el uso de cogniciones (p.ej.: distracción) y, 2) el afrontamiento pasivo, que se caracteriza por estar centrado en las respuestas emocionales y la enfermedad cediendo, por parte del individuo, toda responsabilidad en los medios externos (p.ej.: evitación, distanciamiento, minimización, medicación).

La literatura científica ha encontrado diferentes resultados en función del tipo de afrontamiento adoptado. Por un lado, se ha demostrado que la adopción de un afrontamiento activo conlleva una menor percepción del dolor, menor niveles de depresión y mejor ajuste psicológico (Gutiérrez, 2014; Soucase, Monslave y Soriano, 2005). Por el contrario, el afrontamiento pasivo se ha asociado con una mayor intensidad percibida del dolor, un peor ajuste psicológico y mayores niveles de depresión. Por ejemplo, Soucase, Monsalve y Soriano (2005) demostraron una relación positiva entre la estrategia de afrontamiento relacionada con la religión, considerada afrontamiento pasivo, y un peor ajuste psicológico y físico. En cuanto a las mujeres, en el estudio llevado a cabo por Zavarize y Wechsler (2016) se observó que éstas tendían a realizar un afrontamiento más activo recurriendo a la distracción y a la realización de actividades de ocio. No obstante, en muestras españolas, Monsalve y Soriano (2002) afirmaron que la estrategia de autoafirmación era la que mejor predecía una

disminución de los niveles de ansiedad así como de depresión y, por lo tanto, una mayor adaptación psicológica.

El afrontamiento ante el dolor está influido por diversas variables psicológicas. Por ejemplo, Moreno (2005 citado por López y Calero, 2008) evidenció una relación entre afrontamiento y dimensiones de personalidad como el locus de control. Concretamente, observó que el afrontamiento activo ante el dolor estaba relacionado con el locus de control interno. La definición del locus de control ha ido variando a lo largo de los años según dos vertientes teóricas, conceptualizándolo desde una variable de personalidad (Chubb, Fertman y Ross, 1997 citado por Hodgson, 2000) hacia un conjunto de creencias o expectativas (Wallston, 1993 citado por Hodgson, 2000). El presente estudio se ha decantado por la perspectiva de Rotter (1966) que lo define como una expectativa generalizada de control sobre las consecuencias de la propia conducta (Bibiano, Ornelas, Aguirre y Rodríguez, 2016; Moretti y Medrano, 2015).

Acorde con lo observado por Moreno (2005 citado por López y Calero, 200), autores como Carmona y Acosta (2015), González et al. (2009) o Moretti y Medrano (2015) han señalado que un locus de control interno se asocia con un mejor afrontamiento, menor malestar psicológico, mayor calidad de vida percibida y mayor estado de ánimo positivo. Además, en el estudio llevado a cabo por Azzollini y Bail (2010) se observó una relación entre locus de control interno y una mayor tendencia a realizar prácticas de autocuidado y a una mayor adherencia al tratamiento. Con respecto al dolor, autores como Anarte, Esteve, López, Ramírez y Camacho (2001) o González et al (2009) han señalado el papel modulador del locus de control sobre este, de tal forma que un locus de control interno se asocia con una menor percepción en la intensidad del dolor. Por el contrario, un locus de control externo se relaciona con una mayor percepción del dolor, con resultados negativos para la salud, con una peor calidad de vida relacionada con la salud y un mayor nivel de desmotivación (Carmona y Acosta, 2015; González et al., 2009). En resumen, dichas creencias de control sobre la salud actúan como un factor amortiguador de la percepción del dolor y cómo determinante para la adopción de un afrontamiento centrado en el problema (Oros, 2005).

Además del afrontamiento psicológico, existe multitud de conductas terapéuticas que las personas con dolor agudo realizan con el fin de manejarlo o aliviarlo, como acudir a consultas médicas, automedicarse, realizar terapias complementarias y/o rehabilitación física,

o aplicarse productos de frío/calor. Por ejemplo, Bassols, Bosch y Baños (2002) observaron que las visitas médicas son las conductas terapéuticas más utilizadas para el manejo del dolor, seguido de la automedicación, las terapias complementarias (p.ej.: hierbas medicinales, masajes, calor y acupuntura, entre otras), terapias físicas (p.ej.: ejercicio físico, electroterapia, etc.) y, por último, los ingresos hospitalarios. En lo que se refiere a la mujer, se ha observado una mayor incidencia en la búsqueda de ayuda médica, en automedicarse y en la utilización de tratamientos complementarios (p.ej.: homeopatía, masajes o acupuntura) (Bassols, Bosch y Baños, 2003; Seth y de Gray, 2016).

En lo que respecta a la automedicación, ésta se define como *“el consumo de medicamentos industrializados o manipulados, o el uso de remedios caseros (tés, hierbas, etc.)”* (Loyola, Lima y Uchôa, 2004). Así pues, se trata de un acto individual y autónomo, en el que la persona asumen una mayor responsabilidad (Hughes, McElnay y Fleming, 2011; Ortega, 2015; Ruíz y Pérez, 2011). Actualmente, existe una tendencia a la “medicalización” del día a día (González, Otero y Prieto, 2006), de tal forma que la automedicación se ha convertido en un hecho cotidiano y cuya frecuencia aumenta continuamente, pasando a ser un tema relevante para la salud pública (Díaz, Payán y Pérez, 2014; Jiménez, Ruíz, López y Gómez, 2016).

El concepto de automedicación se conceptualiza desde dos puntos de vista (Ruíz y Pérez, 2011): por un lado, considerándose como una conducta de autocuidado si se lleva a cabo de forma responsable (automedicación responsable) o como una conducta de riesgo cuando se consume, por voluntad propia, un medicamento de prescripción médica (automedicación no responsable) (Díaz, Payán y Pérez, 2014). Por ello, es fundamental distinguir entre medicamentos de venta libre, en los que no se necesita de prescripción ni supervisión médica, y medicamentos de prescripción médica.

Se ha asociado una mayor prevalencia de automedicación con diversos factores, entre los que destacan, entre otros, ser mujer y tener un mayor nivel de estudios (sobretudo universitarios) (Lazcano, Parra, Umeres y Valverde, 2014; Rocha, Harter y Rotenberg, 2009; Ruíz y Pérez, 2011). En esta misma línea, en un estudio llevado a cabo por Taboada, Lardoeyt, López y Arcas (2013) en el que se pretendía evaluar la prevalencia de la automedicación en mujeres embarazadas, se observó que ésta alcanzaba el 48,46% de las mujeres evaluadas. Con respecto a la edad, existe cierta controversia en su prevalencia ya que autores como Coelho,

Marcopito y Castelo (2005) o Sá, Barros y Oliveir (2007) consideran que, sobretodo, se da en personas mayores mientras que Lazcano, Parra, Umeres y Valverde (2014) señalan que es entre los 26 y 44 años cuando las personas más se automedican. Los medicamentos más utilizados en la automedicación, en población general, son los analgésicos (Al Flaiti, Al Badi, Othman y Khan, 2014; Alucema, Chavarría y Valdés, 2013; Bermúdez y Nava, 2010; Guillem, Francès, Giménez y Sáiz, 2010). Por último, no se han elaborado muchos estudios sobre la prevalencia entre automedicación responsable y no responsable. No obstante, la Encuesta Nacional de Salud (2002) refleja que, del total de la automedicación realizada en población general española, el 40% lo había hecho de forma no responsable ya que implicaba el uso de medicamentos prescritos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2003). Dicha tendencia es apoyada también por la revisión bibliográfica realizada por Shehnaz, Agarwal y Khan (2014).

A partir de lo anterior, el objetivo general del presente trabajo es profundizar en la experiencia de dolor agudo en mujeres adultas jóvenes, así como examinar el patrón de afrontamiento psicológico y terapéutico que adoptan.

O1. Describir la prevalencia y la caracterización del dolor agudo en función de variables como intensidad, origen del dolor, modalidad, duración y frecuencia del episodio.

O2. Definir el perfil de afrontamiento ante el dolor agudo, centrándonos en analizar las estrategias psicológicas activas y pasivas, y la influencia que tiene el locus de control sobre ellas.

O3. Conocer qué conductas terapéuticas son más prevalentes para el manejo del dolor agudo.

Atendiendo a la literatura, se plantean como hipótesis del estudio:

H1. Se encontrará un elevado porcentaje de mujeres con algún tipo de dolor agudo en los últimos seis meses, el cual será más frecuente en la cabeza, en la espalda y el abdomen. Además, el dolor agudo se caracterizará por ser de intensidad leve a moderada y de duración breve. Por último, se esperará observar una mayor interferencia en el área laboral, así como en el estado de ánimo.

H2. Se espera encontrar un mayor porcentaje de mujeres que emplean estrategias de afrontamiento activo ante el dolor agudo, como por ejemplo la realización de actividades de distracción, de autocontrol, de autoafirmación o la búsqueda de información instrumental.

Además, se observará una relación entre la presencia de locus de control interno y estrategias psicológicas de afrontamiento activas.

H3. Se observará una frecuente utilización de tratamientos no convencionales, como el yoga, la acupuntura, los masajes o la relajación, además de la automedicación en la que, principalmente, se consumirá analgésicos.

Método

Participantes

La muestra del presente estudio está constituida por un total de 109 mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 39 años ($x=28,76$; $DT=5,3$). Se aplicaron como criterios de exclusión: 1) ser hombre, 2) tener una edad inferior o superior al rango de 20 y 39 años, 3) estar diagnosticado de una enfermedad y/o dolor crónico y 4) no haber cumplimentado totalmente la batería de cuestionarios.

Un 88,1% de las participantes tenían estudios superiores, siendo los estudios relacionados con la salud y con las ciencias sociales los más prevalentes. Además, la mayoría se encontraban estudiando (31,2%) o en activo (59,6%) principalmente en los sectores de servicios, educación y sanidad. Casi la mitad (41,3%) tenía un nivel de ingresos bajo (menor a 600 euros al mes) y, en cuanto a su estado civil, un 74,1% indicó estar soltera (ver Tabla 1).

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra evaluada

| Edad | N | % |
|---|----|--------|
| 20-29 años | 67 | 61,47% |
| 30-39 años | 42 | 38,53% |
| Nivel de estudios | N | % |
| Sin estudios | 1 | 0,92% |
| Estudios primarios | 3 | 2,75% |
| Estudios secundarios | 9 | 8,26% |
| Superiores relacionados con Ciencias de la Salud | 47 | 43,12% |
| Superiores relacionados con Ciencias Sociales y Humanas | 36 | 33,02% |
| Superiores relacionados con Ciencias Jurídicas | 4 | 3,67% |
| Superiores relacionados con Ciencias Tecnológicas y Experimentales | 4 | 3,67% |
| Superiores relacionados con otras ciencias (ciencias artísticas y música) | 5 | 4,59% |

| Situación laboral | N | % |
|---|----|--------|
| Estudiante | 34 | 31,20% |
| En desempleo con prestación | 3 | 2,75% |
| En desempleo sin prestación | 6 | 5,50% |
| Ama de casa | 1 | 0,92% |
| Jubilada | 0 | 0,00% |
| Activa relacionada con la Educación | 19 | 17,43% |
| Activa relacionada con la Industria | 8 | 7,34% |
| Activa relacionada con la Sanidad | 13 | 11,93% |
| Activa relacionada con los Servicios | 22 | 20,18% |
| Activa relacionada con otros sectores (ONG, administración pública) | 3 | 2,75% |
| Nivel de ingresos | N | % |
| Menos de 600 euros al mes | 45 | 41,28% |
| Entre 600 y 1.000 euros al mes | 23 | 21,10% |
| Entre 1.000 y 1.500 euros al mes | 27 | 24,77% |
| Entre 1.500 y 2.000 euros al mes | 8 | 7,34% |
| Más de 2.000 euros al mes | 6 | 5,50% |
| Estado civil | N | % |
| Soltera | 81 | 74,31% |
| Casada | 14 | 12,84% |
| Pareja de hecho | 12 | 11,01% |
| Divorciada | 1 | 0,92% |
| Separada | 1 | 0,92% |
| Viuda | 0 | 0,00% |

Instrumentos

Con el objetivo de evaluar la experiencia del dolor agudo y las diferentes variables asociadas a su vivencia, se elaboró la siguiente batería de instrumentos.

1. *Protocolo de datos sociodemográficos y clínicos.* Se elaboró un total de 8 ítems con escala de respuesta tipo Likert dirigidos a recoger información relacionada con variables sociodemográficas (como la edad, sexo, nivel educativo, nivel de ingresos, situación laboral y estado civil) y clínicas dirigidas a recoger la presencia de dolor y/o enfermedad crónica.

2. *Entrevista telefónica sobre el dolor de espalda y conductas terapéuticas para el manejo del dolor* de Bassols, Bosch, Campillo y Baños (2003). Cuestionario compuesto por un total de 40 ítems divididos en diferentes categorías en las que se evalúan variables como los

datos sociodemográficos, la prevalencia del dolor en general y, en concreto, las características, consecuencias personales, sociales y laborales, las conductas terapéuticas del dolor de espalda. Para el presente estudio se seleccionaron y adaptaron 17 de los ítems, los cuales tenían formato de respuesta dicotómica, de elección múltiple, abierto, de valoración y tipo Likert. Dichos ítems se centraron en evaluar aspectos como las zonas corporales con dolor, así como la causa, duración, frecuencia, intensidad, modalidad y localizaciones del dolor agudo percibido como más molesto en los últimos seis meses y la interferencia y consecuencia de éste. Además, también se centra en determinar la prevalencia de los tratamientos no convencionales, su duración y de otras conductas terapéuticas llevadas a cabo para el alivio del dolor así como los tipos de tratamientos más prevalentes y la mejora producida en el dolor.

3. *Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico-Reducido (CAD-R)* (Soriano y Monsalve, 2004). Cuestionario compuesto por 24 ítems con formato de respuesta tipo Likert (1: nunca, 2: pocas veces, 3: ni muchas ni pocas, 4: muchas veces, 5: siempre) que evalúa las estrategias de afrontamiento ante el dolor. La puntuación total del cuestionario oscila entre 24 y 120, siendo las puntuaciones más elevadas las relacionadas con el afrontamiento activo. Está formado por seis factores: 1) distracción, se trata de una estrategia de focalizar la atención en el dolor, 2) religión, estrategia basada en conductas y pensamientos centrados en la espiritualidad, la fe y la religión, 3) catarsis, que se basa en la realización de conductas de búsqueda de apoyo emocional, 4) autoafirmación, entendiéndose como el conjunto de pensamientos y autoverbalizaciones con el objetivo de darse ánimo, 5) autocontrol mental, definida como un conjunto de pensamientos cuyo objetivo es la disminución de la percepción del dolor y 6) búsqueda de información o búsqueda de apoyo social instrumental que abarca una serie de conductas realizadas con el fin de conseguir información que permita obtener el control del dolor y, por tanto, una disminución de él. El afrontamiento activo estaría formado por factores como la distracción, la autoafirmación, el autocontrol mental y la búsqueda de información mientras que el afrontamiento pasivo se relaciona con factores como la religión y la catarsis (Soriano y Monsalve, 2004).

El CAD-R presenta una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach entre 0.74 y 0.94, así como una estabilidad temporal (test-retest) de moderada a alta con una correlación de Pearson entre 0.47 y 0.81 (Soriano y Monsalve, 2004). En el presente estudio, la fiabilidad del CAD-R fue de 0.74.

4. *Entrevista sobre automedicación como conducta terapéutica (ad hoc)*. Instrumento formado por un total de 26 ítems que evaluaba la doble connotación de la automedicación: responsable y no responsable. La automedicación responsable se entiende como “*aquella conducta que implica el tratamiento de síntomas y enfermedades auto-reconocidas mediante el uso de medicamentos aprobados, disponibles sin receta médica y que se consideran relativamente seguros y eficaces cuando son utilizados según lo indicado*” (OMS, 2014). Por otra parte, la automedicación no responsable se concibe como una conducta de riesgo en la que la persona actúa de forma irresponsable, intencionalmente o no, ante el cuidado de su salud y que abarcaría todo aquel comportamiento que implique el uso de medicamentos de prescripción médica sin la supervisión de un profesional de la salud (Ruíz y Pérez, 2011). Para la elaboración de las preguntas, se consultó con profesionales sanitarios de enfermería y se realizó una prueba piloto con 8 personas adultas. Para el presente estudio se seleccionaron un total de 20 ítems relacionados con: la prevalencia tanto de la automedicación como de los diferentes medicamentos relacionados con el manejo del dolor, la duración del consumo de los medicamentos, si éste había sido recetado o no y la mejoría percibida en el dolor agudo. Todos estos ítems eran de respuesta dicotómica a excepción de la duración del consumo del medicamento y la mejora percibida que eran de respuesta tipo Likert.

5. *Adaptación experimental de la Escala de Locus de Control de Salud (HLC)* (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992). Cuestionario formado por un total de 11 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 5 alternativas (1: totalmente en desacuerdo, 2: en desacuerdo, 3: en duda, 4: de acuerdo, 5: totalmente de acuerdo). Este instrumento es de carácter unidimensional y evalúa el tipo de atribución sobre las conductas relacionadas con la salud discriminando entre personas con locus de control interno y locus de control externo. La puntuación total del cuestionario oscila entre 11 y 55 puntos, relacionando las puntuaciones más altas con un mayor grado de internalidad de la salud a las conductas de cuidado relacionadas directamente por el sujeto (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992).

En este sentido, el locus de control de salud interno hace referencia a la tendencia a percibir los acontecimientos relacionados con la salud como consecuencia de las propias conductas. Por otro lado, el locus de control de salud externo se relaciona con la tendencia a percibir los acontecimientos relacionados con la salud debidos a factores como el azar, la suerte, el destino o la decisión de otros y no como consecuencia de las propias conductas.

(Landeta, 2016; Moretti y Medrano, 2015). Dicho cuestionario presenta adecuadas propiedades psicométricas (alfa de Cronbach entre 0.67 y 0.76) (Juan, 2001) mientras que en el actual trabajo su fiabilidad es de 0.69.

Procedimiento

El diseño de investigación del presente estudio es transversal descriptivo dado que se pretendía evaluar la prevalencia del dolor agudo en mujeres jóvenes adultas en un momento determinado, seis meses anteriores a la evaluación.

Tras realizar una revisión bibliográfica, se escogieron aquellos instrumentos de evaluación que medían las variables consideradas en el presente estudio.

La batería de cuestionarios se administró de manera online a través de la plataforma SurveyMonkey, principalmente por tres razones: mayor comodidad a la hora de cumplimentarlo para las mujeres participantes, mayor alcance en su difusión, y la posibilidad de personalizar la batería para que, en función de las respuestas proporcionadas, aparezcan o no otras preguntas relacionadas. La difusión del estudio se realizó durante los meses de Febrero a Abril de 2017 a través de redes sociales (Gmail, Facebook, Google+, Instagram, Whatsapp), comunidades y foros online dedicados a la mujer y/o a la salud (“Portales Médicos”, “Saludisima”, “Onmeda”) o asociaciones feministas como “Ca Dona”. La cumplimentación de la batería tuvo una duración de 15 minutos aproximadamente.

Todas las participantes fueron informadas de la procedencia y objetivo del estudio así como de la confidencialidad de los datos y de su finalidad investigadora. Para asegurar la privacidad y confidencialidad de la información recogida se siguieron las recomendaciones del Estándar 4.0 del Código de Ética de la APA (Guerra y Peña, 2010).

Análisis de datos

Tras recopilar todos los datos de la muestra en una base de datos, se utilizó el programa SPSS (versión 22.9) para el análisis estadístico de las diferentes variables objeto de estudio.

En primer lugar, se calcularon los porcentajes para la descripción de las variables cualitativas (p.ej.: localización corporal del dolor, prevalencia de la automedicación, entre otras) y ordinales (p.ej.: inicio y frecuencia del dolor, duración del consumo de medicamentos, entre otras). Por otra parte, se obtuvieron las medias y desviaciones típicas de las variables cuantitativas (p.ej.: zonas corporales con dolor, interferencia del dolor, entre otras).

En segundo lugar, con el objetivo de contrastar la hipótesis de normalidad se calculó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuyo resultado ($Z=0.399$; $p=0.000$) nos indica que la población sigue una distribución normal. A partir de lo anterior, se utilizó la correlación de Pearson con el fin de comprobar la posible relación entre locus de control y las estrategias de afrontamiento.

Resultados

1. Análisis descriptivo de las características del dolor agudo

Todas las mujeres evaluadas indicaron la presencia de algún tipo de dolor agudo en los seis últimos meses. En concreto, experimentaron dolor en una media de 4,28 zonas corporales ($DT=1,69$), siendo dos zonas corporales con dolor la respuesta más frecuente (22,90%). La espalda (33,95%), la cabeza (22,02%) y el abdomen (15,60%) fueron las principales localizaciones del dolor experimentado. Con respecto a su causa, un 37,61% indicó otras causas, como una inadecuada higiene postural, una sobrecarga física o el estrés y un 22,01% refirió no conocerla. Su aparición se dio en los últimos meses en el 46,8% de los casos, mientras que el 25,69% indicó experimentarlo durante más de tres años. El 60,55% de las mujeres indicaron haberlo tenido dos o más veces en los últimos seis meses y el 27,52% indicó haberlo experimentado durante más de la mitad de los días (ver Tabla 2). En general, el dolor agudo se caracterizó, principalmente, por ser continuo (32,11%), entre moderado (33,03%) e intenso (41,29%), con una intensidad media de 2,68 ($DT=0,92$) y con una duración total de horas (31,19%).

Tabla 2

Características del dolor agudo experimentado en los últimos seis meses

| Zona corporal del dolor más molesto | N | % |
|--|----|--------|
| Cabeza | 24 | 22,02% |
| Cara | 1 | 0,92% |
| Dientes | 11 | 10,09% |
| Cuello | 6 | 5,50% |
| Espalda | 37 | 33,95% |
| Brazos | 2 | 1,83% |
| Piernas | 5 | 4,59% |
| Pecho | 2 | 1,83% |
| Abdomen | 17 | 15,60% |
| Estómago | 1 | 0,92% |
| Cadera | 1 | 0,92% |
| Ojo | 2 | 1,83% |
| Causa del dolor | N | % |
| Migraña, dolor de cabeza | 16 | 14,69% |
| Reumatismo, artrosis, artritis | 2 | 1,83% |
| Úlcera de estómago, gastritis, hernia iato | 1 | 0,92% |
| Dismenorrea, problemas del periodo | 12 | 11,01% |
| Problemas de boca, dientes, encías | 10 | 9,17% |
| Angina de pecho, infarto | 1 | 0,92% |
| Accidente de tráfico | 1 | 0,92% |
| Postoperatorio | 1 | 0,92% |
| Causa desconocida | 24 | 22,01% |
| Otra | 41 | 37,61% |
| Inicio del dolor | N | % |
| Menos de un mes | 19 | 17,43% |
| De uno a seis meses | 32 | 29,35% |
| De seis meses a un año | 13 | 11,93% |
| De un año a tres años | 17 | 15,60% |
| Más de tres años | 28 | 25,69% |
| Frecuencia del dolor | N | % |
| Una vez | 13 | 11,93% |
| Dos o más veces | 66 | 60,55% |
| Más de la mitad de los días | 30 | 27,52% |

| Duración del episodio del dolor | N | % |
|---------------------------------|----|--------|
| Horas | 34 | 31,19% |
| Un día | 19 | 17,43% |
| Más de un día | 30 | 27,53% |
| Más de una semana | 14 | 12,84% |
| Más de un mes | 12 | 11,01% |
| Modalidad del dolor | N | % |
| Breve | 7 | 6,42% |
| Intermitente | 33 | 30,28% |
| Continuo | 35 | 32,11% |
| Variable | 34 | 31,19% |
| Intensidad del dolor | N | % |
| Ligero | 10 | 9,17% |
| Moderado | 36 | 33,03% |
| Intenso | 45 | 41,29% |
| Muy intenso | 15 | 13,76% |
| Insoportable | 3 | 2,75% |

Por otro lado, las mujeres evaluadas identificaron más interferencia del dolor en trabajar, estudiar o hacer tareas del hogar ($x=2,68$; $DT=1,07$), seguido de dormir ($x=2,39$; $DT=1,23$) y caminar deprisa ($x=2,24$; $DT=1,24$). No obstante, donde mayor interferencia percibieron las mujeres fue en otras actividades ($x=3,29$; $DT=0,95$), entre las que indicaron comer, hacer deporte y usar el ordenador. En menor medida, el dolor agudo interfirió en actividades como vestirse ($x=1,75$; $DT=0,83$) y moverse por casa ($x=1,89$; $DT=0,82$) (ver Tabla 3).

En cuanto a los ámbitos de la vida, se percibió una mayor interferencia del dolor en: trabajo y/o estudios ($x=2,71$; $DT=1,01$), estado de ánimo ($x=2,60$; $DT=1,09$) y relaciones sexuales ($x=2,51$; $DT=1,33$). En el ámbito donde repercutió menos fue en la vida social ($x=2,17$; $DT=1,05$).

Tabla 3

Puntuaciones medias de interferencia percibida del dolor agudo

| Actividades cotidianas (mín.: 1, máx.: 5) | Medias (DT) |
|---|-------------|
| Vestirse | 1,75 (0,83) |
| Moverse por casa | 1,89 (0,82) |
| Salir de casa | 2,16 (1,09) |
| Subir y bajar escaleras | 2,13 (1,13) |
| Caminar deprisa | 2,24 (1,24) |
| Trabajar, estudiar, hacer faena de casa | 2,68 (1,07) |
| Dormir | 2,39 (1,23) |
| Ver televisión, leer | 2,18 (1,09) |
| Otras actividades | 3,29 (0,95) |
| Ámbitos de la vida (mín.: 1, máx.: 5) | Medias (DT) |
| Estado de ánimo | 2,66 (1,09) |
| Relaciones sexuales | 2,51 (1,33) |
| Trabajo y/o estudios | 2,71 (1,01) |
| Vida social | 2,17 (1,05) |
| Tiempo libre | 2,19 (1,01) |
| Relaciones de pareja | 1,99 (1,01) |
| Vida familiar | 1,94 (0,97) |

Por último, para el 98,2% de las mujeres el dolor no supuso un motivo de enfermedad o invalidez, pero un 42,2% afirmó haber guardado reposo en cama a causa del dolor durante horas (28,4%) o días (13,8%).

2. Análisis descriptivo de los estilos de afrontamiento ante el dolor agudo

a. Estrategias de afrontamiento psicológico

Las mujeres evaluadas obtuvieron una puntuación media en afrontamiento psicológico medido a través del CAD-R de 54,47 (DT=13,66) puntos, en un rango de puntuaciones que oscilaba entre 24 y 120, reflejándose una puntuación media-alta de afrontamiento.

Con respecto a los tipos de afrontamiento, las participantes obtuvieron mayores puntuaciones en el estilo activo ($x=42,44$; $DT=10,76$) que en el pasivo ($x=14,03$; $DT=4,68$). Las estrategias más utilizada fue la autoafirmación ($x=13,02$; $DT=4,55$). Por ejemplo, un 57,6% de las mujeres evaluadas especificaron darse ánimos para aguantar el dolor y un 48,6% se decían a sí mismas que tenían que ser fuertes. La distracción ($x=10,50$; $DT=3,25$) fue la

segunda estrategia más frecuente ya que, por ejemplo, el 53,2% de las mujeres indicaron pensar en otra cosa cuando tienen dolor. La tercera estrategia más prevalente fue la búsqueda de información instrumental puesto que un 38,5% de las mujeres evaluadas refirieron intentar que le dijese que hacer para disminuir el dolor.

La estrategia centrada en la religión fue la menos prevalente ante el dolor agudo ($x=4,92$; $DT=2,47$). Concretamente, sólo un 3,7% de las mujeres participantes refirió rezar para curarse y un 3,6% indicó utilizar la fe para aliviar sus dolores.

Tabla 4

Tipo de afrontamiento y factores relacionados

| Variable | Media (DT) |
|-------------------------|---------------|
| Afrontamiento activo | 42,22 (10,76) |
| Autoafirmación | 13,02 (4,55) |
| Búsqueda de información | 9,93 (3,86) |
| Distracción | 10,50 (3,25) |
| Autocontrol | 9,00 (4,09) |
| Afrontamiento pasivo | 14,03 (4,68) |
| Religión | 4,92 (2,47) |
| Catarsis | 9,11 (3,78) |

En relación al locus de control como variable psicológica asociada al afrontamiento, las mujeres participantes obtuvieron una media de 31,33 ($DT=4,89$) puntos sobre un máximo de 55, observándose una puntuación total media. El 80,7% de las mujeres evaluadas presentaban puntuaciones medias y altas en relación a éste rango, atribuyéndose un locus de control interno de salud a dichas puntuaciones. Se comprobó la relación entre locus de control, tipo y estrategia de afrontamiento. Se hallaron correlaciones estadísticamente significativas con signo positivo entre locus de control y afrontamiento positivo ($p=.004$) y entre las estrategias de autoafirmación ($p=.025$) y de autocontrol ($p=.002$) (ver Tabla 5).

Tabla 5

Correlaciones entre locus de control, tipos y estrategias de afrontamiento

| Variable | Locus de control r (p) |
|-------------------------|---------------------------|
| Afrontamiento activo | 0.275 (0.004) |
| Autoafirmación | 0.215 (0.025) |
| Búsqueda de información | 0.173 (0.072) |
| Distracción | 0.032 (0.744) |
| Autocontrol | 0.297 (0.002) |
| Afrontamiento pasivo | 0.148 (0.124) |
| Religión | 0.051 (0.596) |
| Catarsis | 0.150 (0.119) |

b. Estrategias de conducta terapéutica

Un 75,2% de las participantes indicaron haberse automedicado farmacológicamente y un 22,2% señaló haberlo hecho con remedios caseros, infusiones o productos naturales en los últimos seis meses para aliviar el dolor. En cuanto a la automedicación farmacológica, la mayoría consumió analgésicos (95,12%) o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (91,5%) (ver Figura 1). Ambos fármacos tuvieron un patrón similar de consumo: lo tomaron sin receta médica (67% y 58,53% respectivamente) y durante más de un día (46,15% y 45,33%, respectivamente) (ver Figura 1 y Tabla 6). Tras consumirlo, más de la mitad de las mujeres evaluadas (53%) indicaron haber experimentado bastante o mucha mejoría del dolor y en el 15,9% de los casos el dolor desapareció (ver Figura 2).

Figura 1

Consumo de medicamentos relacionados al dolor y prevalencia de su prescripción

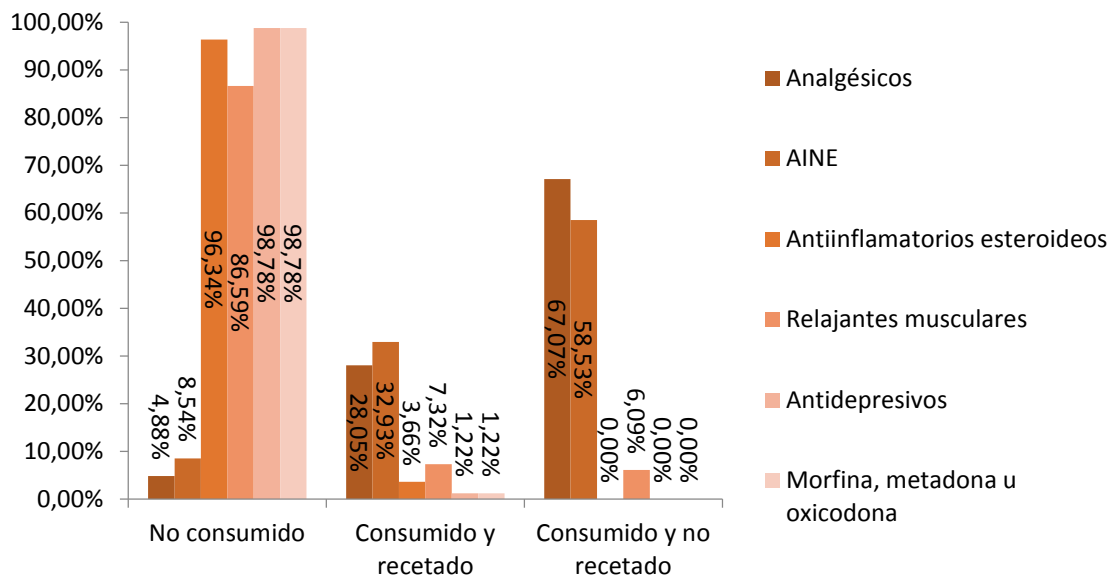


Tabla 6

Duración del consumo de los medicamentos automedicados

| Duración del consumo de analgésicos | N | % |
|---|----|--------|
| Un día | 30 | 38,46% |
| Más de un día | 36 | 46,15% |
| Más de una semana | 6 | 7,69% |
| Más de un mes | 6 | 7,69% |
| Duración del consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) | N | % |
| Un día | 30 | 40,00% |
| Más de un día | 34 | 45,33% |
| Más de una semana | 6 | 8,00% |
| Más de un mes | 5 | 6,66% |
| Duración del consumo de antiinflamatorios esteroideos | N | % |
| Un día | 1 | 33,33% |
| Más de un día | 2 | 66,66% |
| Más de una semana | 0 | 0,00% |
| Más de un mes | 0 | 0,00% |
| Duración del consumo de relajantes musculares | N | % |
| Un día | 3 | 27,27% |
| Más de un día | 4 | 36,36% |

| | | |
|---|---|---------|
| Más de una semana | 2 | 18,18% |
| Más de un mes | 2 | 18,18% |
| <hr/> | | |
| Duración del consumo de antidepresivos | N | % |
| Un día | 0 | 0,00% |
| Más de un día | 0 | 0,00% |
| Más de una semana | 1 | 100,00% |
| Más de un mes | 0 | 0,00% |
| <hr/> | | |
| Duración del consumo de morfina, metadona u oxicodona | N | % |
| Un día | 0 | 0,00% |
| Más de un día | 1 | 100,00% |
| Más de una semana | 0 | 0,00% |
| Más de un mes | 0 | 0,00% |

Por otra parte, el 65,10% indicaron haber recibido tratamientos no convencionales, como los masajes (31,10%), la aplicación de calor (29,81%) y la relajación (21,74%) (ver Tabla 7). Más de la mitad (66,2%) valoró que dicho tratamiento administrado mejoró bastante o mucho el dolor, y un 4,2% indicó que el dolor desapareció del todo (ver Figura 2). Por último, se preguntó sobre la realización de otro tipo de conductas terapéuticas para el manejo del dolor agudo. El 45,8% indicó que hacía algún tipo de rehabilitación o fisioterapia, el 41,7% refirió haber acudido al médico y un 4,2% señaló haber estado ingresado en un hospital o clínica.

Figura 2

Mejora percibida del dolor

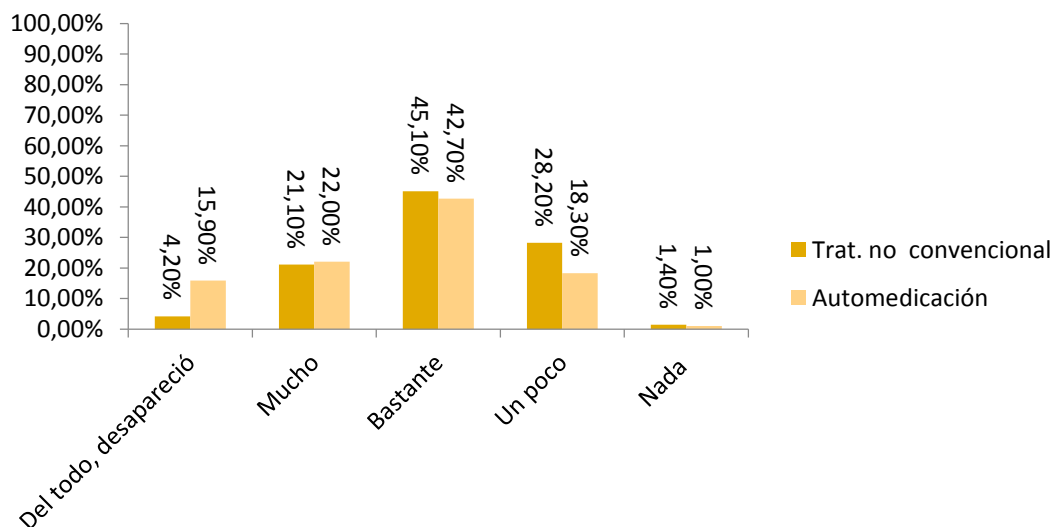


Tabla 7

Porcentajes de los tratamientos no convencionales

| Tipos de tratamientos no convencionales | N | % |
|---|----|--------|
| Yoga | 10 | 6,21% |
| Curanderos | 1 | 0,62% |
| Masajes | 50 | 31,10% |
| Relajación | 35 | 21,74% |
| Tratamientos homeopáticos | 3 | 1,86% |
| Acupuntura | 2 | 1,24% |
| Ventosas | 1 | 0,62% |
| Pulseras | 1 | 0,62% |
| Calor | 48 | 29,81% |
| Tratamiento quiropráctico | 3 | 1,86% |
| Otros tratamientos no convencionales | 7 | 4,34% |

Discusión

El dolor agudo es una experiencia frecuente en las mujeres tal y como se refleja en el presente estudio, en el que su presencia es más que destacable entre las mujeres adultas jóvenes durante los últimos seis meses. Aunque no se caracterizó por ser tan alta, la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2014) y otros estudios como el llevado a cabo por Jablonska (2006 citado por Rojas, 2015) han determinado su prevalencia entre el 52,2% y el 63% en mujeres. Su elevada incidencia puede deberse a factores como: 1) la adopción de un estilo de vida sedentario, el cual está directamente relacionado con la aparición del dolor (Camargo, Orozco, Hernández y Niño, 2009; Vicente et al., 2015) y que, a su vez, también se relaciona con determinados tipos de trabajos o estudios, 2) a la fluctuación del ciclo hormonal que predispone a un mayor número de condiciones de dolor y, 3) al género femenino como factor sociocultural, el cual se asocia con una mayor queja del dolor (Manson, 2010; Ramírez y Esteve, 2014; Wiesenfeld, 2005).

Arias, Trenchs, Perelló, Jabalera y Luaces (2014) explican que, a día de hoy, existe una tendencia al infradiagnóstico del dolor y a su inadecuado tratamiento, lo que conlleva a una posible cronificación del dolor y a la aparición de comorbilidades. El dolor crónico, por su

parte, se caracteriza por tener un curso de más de tres o seis meses y no se asocia a ninguna lesión etiológica presente anteriormente (López, Sánchez, Rodríguez y Vázquez, 2007). Así mismo, el hecho de presentar un mal estado psicológico (baja percepción de autoeficacia, baja creencia de control) juega un papel modulador y facilitador en la transición entre dolor agudo y crónico (Bérubé, Choinière, Laflamme y Gélinas, 2017).

En el presente estudio, el dolor agudo tuvo una mayor incidencia en localizaciones como la espalda, la cabeza y el abdomen, tal y como señalan, a su vez, Bendayan, Ramírez, Ferrer, López y Esteve (2017) o Courbalay, Deroche y Woodman (2016). Una de las posibles explicaciones que se tiene de esta mayor prevalencia de trastornos en las mujeres, junto con las enfermedades autoinmunes y el dolor musculoesquelético en general, recae en la influencia de los factores hormonales en el ciclo menstrual de la mujer (La Touche, Fernández, Pesquera y Mesa, 2009).

Con respecto a la intensidad percibida del dolor, en el presente estudio fue más alto (entre moderado e intenso) en comparación con resultados como los hallados en la Encuesta Europea de Salud en España de 2014 (INE, 2014), donde la intensidad leve a moderada fue la más frecuente. En cambio, la intensidad media del dolor agudo en mujeres sanas en el estudio llevado a cabo por Lami, Martínez, Miró y Sánchez (2013) fue incluso mayor que las obtenidas en este estudio. El hecho de que las intensidades del dolor varíen según los diferentes estudios puede deberse de nuevo a la influencia hormonal en el umbral del dolor según el ciclo menstrual de la mujer y a la influencia de la percepción subjetiva a la hora de evaluar el dolor (Lombana y Vidal, 2012; Vicente et al., 2016).

El dolor agudo afecta a muchas esferas de la vida cotidiana y conlleva importantes repercusiones a nivel laboral, familiar, social y emocional. La calidad del sueño se ve mermada ante la presencia de dolor agudo, sobre todo cuando éste es de mayor intensidad, considerándose que se debe a una disminución del sueño reparador (Mencías y Rodríguez, 2012). Otro ámbito donde se percibe gran interferencia es en la sexualidad de las mujeres, donde los factores relacionados con el propio dolor y con su tratamiento y factores psicológicos, como el aumento del nivel de ansiedad y/o la disminución de la autoestima, modulan dicha esfera en la mujer con dolor (Álvaro, 2007).

En general, el dolor agudo se relaciona con importantes consecuencias como el absentismo laboral, la falta de concentración, los trastornos del sueño, la alteración en las

relaciones familiares y de pareja (Amaya y Carrillo, 2015; Calsina, Moreno, González, Solsona y Porta, 2011; Zavarize y Wechsler, 2016) e interfiere en actividades cotidianas como caminar o hacer las tareas del hogar (González y Moreno, 2007). Bajo todas estas limitaciones, subyacen las propias limitaciones asociadas con el dolor y la posible existencia de un inadecuado manejo de éste (González y Moreno, 2007).

Con todo esto, y centrándonos en la primera hipótesis elaborada, se esperaba demostrar que el dolor agudo es una vivencia frecuente con unas características del dolor determinadas. Dicho aspecto ha sido comprobado de manera parcial ya que los resultados obtenidos permiten observar que el dolor agudo es una experiencia frecuente en la población femenina adulta joven, así como también se demuestra que las localizaciones más frecuentes son la espalda, la cabeza y el abdomen. Sin embargo, características como la intensidad del dolor y la duración de éste difieren con los resultados encontrados en otros estudios.

El afrontamiento psicológico adoptado por la mayoría de las mujeres evaluadas ante el dolor agudo fue el activo, tal y cómo observaron también Zavarize y Wechsler (2016). La adopción de este tipo de afrontamiento puede deberse a factores como el tener un nivel superior de estudios y/o locus de control interno sobre su salud ya que ambas se relacionan con una mayor incidencia de conductas de afrontamiento centradas en la resolución de los problemas (Gutiérrez et al., 2009). El afrontamiento psicológico ante el dolor varía según si éste es agudo o crónico, ya que, según se ha visto, las personas con dolor crónico experimentan un cambio mucho más pronunciado en su vida cotidiana y social apareciendo sentimientos de frustración, ira e indefensión (Molinari, 2010).

En 2002, Monsalve y Soriano determinaron que las estrategias de afrontamiento centradas en la autoafirmación, la distracción y la búsqueda de información se asociaban con una mayor adaptación ante el dolor. Más tarde, Soucase, Monsalve y Soriano (2005) observaron, en un total de 32 mujeres con dolor que acudían a una Unidad Multidisciplinar del Dolor, que las estrategias más utilizadas fueron la autoafirmación y la búsqueda de información como estrategias de afrontamiento activas y la religión como estrategia de afrontamiento pasivo. Otra diferencia entre afrontamiento ante el dolor agudo y crónico es que, en contra de lo que ocurre con el dolor agudo, en muchas ocasiones las personas que sufren de dolor crónico tienden a no percibir, a nivel físico, ningún tipo de mejoría provocando una pérdida de confianza con los profesionales sanitarios (Molinari, 2010). Todo

esto, repercute en el afrontamiento psicológico ante el dolor ya que la incidencia de estrategias como la búsqueda de información tenderá a disminuir.

La utilización de estrategias centradas en la religión se centra en la búsqueda de un sentido a la vida y de la enfermedad a partir de la espiritualidad y la fe. Dicho tipo de estrategias tienen una incidencia alta en el afrontamiento ante el dolor crónico (Soucase, Monsalve y Soriano, 2005) ya que, según explica Rokach, Rosenstreich, Brill y Goor (2017) otorga el consuelo relacionado con un ser superior “*protector y poderoso*” y que es necesario ante un dolor que, en muchas ocasiones, no tiene una etiología clara.

En cuanto a la variable psicológica del locus de control, se ha observado cómo un mayor nivel educativo se asocia con un mayor locus de control interno sobre la salud (Brenlla, 2010 citado por Landeta, 2016; Laborín et al., 2008). Esto puede explicar los resultados obtenidos en el presente estudio, en el que se ha observado que el locus de control interno sobre la salud tiende a ser característico ante el dolor agudo en las mujeres participantes manteniendo como expectativa general que su salud y, en este caso el dolor agudo, depende de sí mismas. Además, tal y como señala Soucase, Soriano y Monsalve (2005), la adopción de un locus de control interno sobre la salud se asocia con una percepción menos incapacitante del dolor, lo que se relaciona a su vez con una mayor adaptación a la situación del dolor. Tanto la estrategia de autoafirmación como la de autocontrol mental implican una creencia de poder dominar la situación de dolor ya sea dándose ánimos o intentando disminuir el dolor a partir de pensamientos, relacionándose directamente con el mantenimiento de un locus de control interno (Acosta, 2004).

Por tanto, de la segunda hipótesis elaborada, se ha comprobado el hecho de que un alto número de mujeres adultas jóvenes adoptan un estilo de afrontamiento psicológico activo ante el dolor agudo, siendo las estrategias de autoafirmación, la distracción y la búsqueda de información las estrategias más utilizadas. Así mismo, se ha comprobado una alta prevalencia de mujeres con un locus de control interno sobre su salud ante la percepción del dolor agudo y la adopción de un afrontamiento psicológico activo confirmándose su relación con estrategias activas.

Las conductas terapéuticas llevadas a cabo para el manejo y/o alivio del dolor fueron muy diversas así como también prevalentes. Centrándonos en la automedicación, Chicas y Wolmers (2007) determinaron su prevalencia en un 48,5% entre 130 mujeres. En cambio, en

el presente estudio, la automedicación llevada a cabo en los últimos seis meses con productos naturales se estableció en un 22,2% mientras que la frecuencia de la automedicación con fármacos alcanzó hasta un 75,2%. Para explicar la alta prevalencia de la automedicación entre las mujeres, Alucema, Chavarría y Valdés (2013) consideran que el hecho de que las mujeres tienden a preocuparse más por su salud, su cuidado y el de su entorno influye en una mayor práctica de dicha conducta. Así mismo, estos mismos autores, añaden que el poseer estudios de nivel superior permite un mayor manejo y acceso a la información. Además, la creencia general de que la automedicación conlleva como ventaja el alivio inmediato del dolor y la comodidad que esto supone influye en una mayor práctica de ésta (Bermúdez y Nava, 2010).

No obstante, el hecho de determinar la prevalencia de la automedicación conlleva dificultades (Jiménez, Ruíz, López y Gómez, 2016) ya que, por ejemplo, en algunos casos las mujeres evaluadas afirmaron haberse automedicado aunque también indicaron que se lo había recetado el médico. La causa puede subyacer en la falta de conocimientos relacionados con el concepto de automedicación y/o a la falta de instrumentos validados sobre la automedicación.

Los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) fueron los medicamentos más frecuentes en la automedicación. Acorde con lo obtenido, Arrebola, García, Labrador, Orera y Martínez (2016) señalaron que existe un consumo “*masivo*” de analgésicos por parte de la población para una gran variedad de patologías. Aunque existe cierta controversia, diversos autores como Eumann, del Llano, Sánchez, Macoski y Cabrera (2011) han asociado un mayor consumo de analgésicos a las mujeres. Así mismo, su consumo también se ha relacionado a la adopción de diferentes hábitos no saludables como el tabaquismo y la mala higiene del sueño, entre otras (Eumann, del Llano, Sánchez, Macoski y Sarria, 2011).

La realización de tratamientos no convencionales para el manejo del dolor también es frecuente, tal y como queda patente en el actual estudio. No obstante, parece que la automedicación ha ido, como muchos autores defienden, instaurándose progresivamente en nuestro día a día, llegando a superar a la realización de tratamientos no convencionales como el yoga, la aplicación de frío/calor o la realización de masajes (Jiménez, Ruíz, López y Gómez, 2016). También cabe resaltar cómo la mejora percibida de la automedicación es mayor en el dolor agudo en comparación con la percibida por los tratamientos no convencionales, sobre todo en cuanto a alivio se refiere.

En resumen de lo anterior, se ha evidenciado un número elevado de conductas terapéuticas aunque en contra de lo que se esperaba en la última hipótesis formulada, la automedicación ha sido la más prevalente en comparación a la realización de tratamientos no convencionales. Por último, se ha podido contrastar que los analgésicos han sido los medicamentos más utilizados en la automedicación.

El presente estudio plantea una serie de limitaciones que sería conveniente resolver para dar continuidad a la línea de investigación. En primer lugar, se ha de tener en cuenta la posibilidad de ampliar la muestra ya que la utilizada en el presente estudio se vio bastante reducida al aplicarse los criterios de exclusión. En segundo lugar, se debería incluir nuevas variables en la escala sociodemográficas (p.ej.: procedencia) con el fin de comprobar si existe una posible influencia en las variables objeto de investigación.

Además, se debería incluir a los hombres en la evaluación del dolor y en el tipo de afrontamiento con el fin de poder conocer la posible influencia según el sexo y género. Otra limitación a mencionar es la ausencia de una valoración clínica del dolor expresado. Por otro lado, cabe añadir la variedad de causas y tipologías del dolor abarcados que puede conllevar grandes diferencias en aspectos relacionados con la experiencia del dolor (interferencia, percepción de la intensidad o modalidad del dolor).

Como futuras líneas de investigación, se debería incluir la evaluación de otras variables psicológicas también influyentes (catastrofismo, autoeficacia, propia aceptación del dolor, preocupaciones hipocondríacas o flexibilidad de afrontamiento) en la adopción de un tipo de afrontamiento ante el dolor agudo. Otra línea de continuación en futuras investigaciones sería la descripción detallada de las características de cada uno de los dolores abarcados en el estudio, como el dolor de espalda, el abdominal, el de cabeza o el de brazos, entre otros.

Además, se debería investigar sobre las actitudes de la población sobre conductas terapéuticas como la automedicación con el fin de poder elaborar campañas de educación sobre dicha conducta y completar los conocimientos necesarios para poder realizarla de manera responsable. Así mismo, cabría elaborar y estandarizar instrumentos de evaluación sobre los conocimientos, actitudes y prevalencia de la población joven sobre la automedicación. Por último, futuras investigaciones deberían centrarse en comprobar la posible relación entre variables psicológicas como el locus de control e intensidad del dolor agudo ya que, aunque se ha observado una correlación positiva entre ambos, en el presente

estudio la intensidad sigue siendo elevada. Y es que, hasta ahora, la mayoría de los estudios que se han centrado en estudiar dicha relación lo han hecho desde la perspectiva del dolor crónico (Moretti y Medrano, 2015).

En conclusión, la alta prevalencia del dolor agudo en mujeres jóvenes pone de manifiesto la necesidad de abarcar el dolor no sólo desde una perspectiva médica. En este sentido, educar y motivar para la adopción y el mantenimiento de estrategias de afrontamiento psicológicas centradas en el problema es una necesidad patente. Además, es necesario hacer más participes a sí mismas del control de su propia salud. La automedicación también tiene una alta incidencia en el manejo del dolor agudo. Así pues, se considera necesario realizar campañas e intervenciones para dar a conocer y educar desde una perspectiva responsable a dicho tipo de población.

Referencias

- Abramowitz, J.S., y Moore, E.L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 45(3), 413-424. doi: <http://dx.doi.org/10.101/j.brat.2006.04.055>
- Acosta, G.R. (2014). *Relación de locus de control y la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II mayores de 50 años internados en el área de Medicina Interna del HEG* [Trabajo Final de Titulación de Psicólogo Clínico]. Universidad central del Ecuador. Quito.
- Al Flaiti, M., Al Badi, K., Othman, W., y Khan, S. (2014). Evaluation of self-medication practices in acute diseases among university students in Oman. *Journal of Acute Disease*, 3(3), 249-252.
- Alcalá, J.A. (2013). La queja hipocondríaca en Atención Primaria. *Psiquiatría Biológica*, 20(3); 47-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.013.09.003>
- Alucema, A., Chavarría, N., y Valdés, M. (2013). Patrones de automedicación en clientes de una farmacia comunitaria de la ciudad de Antofagasta. *Journal of Pharmacy & Pharmacognosy Research*, 1(2), 54-63.
- Álvaro, Á.A. (2007). Sexualidad y enfermedades crónicas. *Revista Internacional de Andrología*, 5(1), 22-28. doi: [http://dx.org.10.1016/S698-031X\(07\)74030-X](http://dx.org.10.1016/S698-031X(07)74030-X)
- Amaya, M.C., y Carrillo, G.M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474.
- Anarte, M.T., Esteve, R., López, A.E., Ramírez, C., y Camacho, L. (2001). El rol de las cogniciones en la modulación del dolor: evaluación de creencias en pacientes con dolor crónico. *Revista Española de Neuropsicología*, 3(4), 46-52.
- Anarte, M.T., Ramírez, C., López, A.E., y Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 102-110.
- Arias, V., Trenchs, V., Perello, M., Jabalera, M., y Luaces, C. (2014). Diseño de indicadores de calidad: el proceso del dolor agudo en el servicio de urgencias. *Acta Pedriática Española*, 72(11), 379-383.
- Arrebola, C., García, P., Labrador, E., Orera, M.L., y Martínez, F. (2016). Percepción farmacéutica del uso de analgésicos su práctica en dolor leve-moderado. Encuesta

- DOLOR-OFF. *Atención Primaria*, 48(6), 366-373. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.010>
- Azzollini, S., Bail, V. (2010). La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. *Anuario de investigaciones*, 17, 287-297.
- Babitsch, B., Veith, C., Borde, E., Borde, T., y David, M. (2010). Activities of self-treatment and help-seeking before emergency department presentation: a gender and ethnicity specific analysis. *Journal of Public Health*, 18(5), 505-512.
- Baos, V. (2000). Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24(6), 147-152.
- Bartley, E.J., y Fillingim, R.B. (2016). Sex differences in pain and Stress. En M. Arve y M. al'Absi (Eds.), *Neuroscience of Pain, Stress and Emotion* (pp. 77-95). San Diego: Academic Press. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-9-12-800538-5.00004-2>
- Bassols A., y Baños, J.E. (2006). La epidemia del dolor en España. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. Recuperado de: www.fbjooseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=10&art=01&mode=ft
- Bassols, A., Bosch, F., y Baños, J.E. (2002). How does general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *European Journal of Pain*, 6(2), 133-140. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/eujp.2001.0310>
- Bassols, A., Bosch, F., Campillo, M., y Baños, J.E. (2003). El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gaceta Sanitaria*, 17(2), 97-107. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S013-9111\(03\)71706-3](http://dx.doi.org/10.1016/S013-9111(03)71706-3)
- Bendayan, R., Ramírez, C., Ferrer, E., López, A., y Esteve, R. (2017). From acute to chronic back pain: using linear mixed models to explore changes in pain intensity, disability and depression. *Scandinavian Journal of Pain*, 16, 45-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.02.009>
- Bergmann, J.F. (2003). Self-medication: from European regulatory directives to therapeutic strategy. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 17(3), 275-280. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1472-8206.2003.00141.x>

- Bermúdez, C.S., Nava, M.G. (2010). Factores que influyen en la automedicación del personal de enfermería a nivel técnico y de estudiantes. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 120-128.
- Bermúdez, J., Pérez, A.M., Ruíz, J.A., Sanjuán, P., y Rueda, B. (2011). *Psicología de la personalidad*. UNED.
- Bérubé, M., Choinière, M., Laflamme, Y.G., y Gélinas, C. (2017). Acute to chronic pain transition in extremity trauma: A narrative review for future preventive interventions (part 2). *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 24, 59-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijotn.201604.001>
- Bibiano, M.A., Ornelas, M., Aguirre, J.F., y Rodríguez, J.M. (2016). Composición factorial de la Escala de Locus de Control de Rotter en Universitarios Mexicanos. *Formación Universitaria*, 9(6), 73-82. doi: <http://dx.doi.org/104067/S0718-50062016000600007>
- Botero, P.A. (2013). Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica y Práctica*, 3(2), 196-214.
- Caamaño, F., Figueiras, A., Lado, E., y Gestal, J.J. (2000). La automedicación: concepto y perfil de sus “usuarios”. *Gaceta Sanitaria*, 14(4), 294-299. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(00\)71480-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(00)71480-4)
- Calsina, A., Moreno, N., González, J., Solsona, L., y Porta, J. (2011). Prevalencia de dolor como motivo de consulta y su influencia en el sueño: experiencia en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*, 43(11), 568-576. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.006>
- Camacho, L., y Anarte, M.T. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*, 15(3), 464-470.
- Camargo, D.M., Orozco, L.C., Hernández, J., y Niño, G.I. (2009). Dolor de espalda crónico y actividad física en estudiantes universitarios de áreas de la salud. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(8), 421-428.
- Carmona, S.L.A., y Acosta, I.K.L. (2015). Locus de Control y Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de una clínica de la ciudad de Chiclayo. *Revista Científica PAIAN*, 6(2), 7-21.
- Cedraschi, C., Girard, E., Luthy, C., Kossovsky, M., Desmeules, J., y Allaz, A.F. (2013). Primary attributions in women suffering fibromyalgia emphasize the perception of a

- disruptive onset for a long-lasting pain problem. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 265-269. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychores.2012.12.014>
- Chapman, C.R., Donaldson, G.W., Davis, J.J., y Bradshaw, D.H. (2011). Improving individual measurement of postoperative pain: the pain trajectory. *Journal of Pain*, 12(2), 257-262. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2010.08.005>
- Chapman, C.R., y Vierck, C.J. (2017). The transition of acute postoperative pain to chronic pain: an integrative overview of research on mechanisms. *The Journal of Pain*, 18(4), 359.e1.-359.e38. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2016.11.004>
- Chicas, H.A., y Wolmers., M.L. (2007). *Determinación del índice de automedicación en pacientes que acuden al área de emergencia del hospital nacional de Cojutepeque*. [Trabajo final del grado en Química y Farmacia]. Universidad de El Salvador. San Salvador.
- Coelho, J.M., Marcopito, L.F., y Castelo, A. (2005). Perfil de utilização da medicamentos por idosos em área urbana do nordeste do Brasil. *Saúde Pública*, 2(2), 545-553. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000400012>
- Coral, R., López, J.J., Moreno, M.J. (2008). Estrategias de afrontamiento al estrés según sexo y edad en una muestra de adolescentes uruguayos. *Ciencias Psicológicas*, 1, 7-25. doi: <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v0i.558>
- Courbalay, A., Deroche, T., y Woodman, T. (2016). Women's greater fear of pain is mediated by neuroticism. *Psychologie Française*, 61(2), 153-162.
- Cristancho, R.A., Vecino, A.L. y Misas, J.D. (2015). Evaluación de costos/efectividad de tres combinaciones fijas de acetaminofén y opiáceos para el manejo del dolor agudo en Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 87-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.05.006>
- Díaz, N., Payán, M.A., y Pérez, A.M. (2014). Aproximación psicológica al comportamiento de automedicación. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1), 17-19.
- Eumann, A., del Llano, J., Sánchez, I., Macoski, M., Cabrera, M.A. (2011). Tendencia y factores asociados al uso de analgésicos en España entre 1993 y 2006. *Medicina Clínica*, 137(2), 55-61. doi: <http://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.09.006>
- Fernández, M., Contini, N., Ongarato, P., Saavedra, E., y de la Iglesia, G. (2009). Estrategias de afrontamiento frente a problemas académicos en estudiantes medios y

- universitarios. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 63-84. Recuperado de: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=459645443005>
- Finlay, K.A., y Anil, A. (2016). Passing the time when in pain: investigating the role of musical balance. *Psychomusicology: Music, Mind and Brain*, 26(1), 56-66. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pmu00119>
- Gamboa, F.M. (2011). Ética médica y dolor. *Medicina Clínica*, 136(15), 671-673. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medccli.2011.01.004>
- García, L., Gómez, M.A., Rubini, S., Juárez, R., Skaf, E., y García, C. (2006). El dolor en procesos traumáticos agudos leves. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 18(1), 19-27.
- Garivia, A.M., Vinaccia, S., Riveros, M.F., y Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamientos quimioterapéuticos. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Guerra, M. y Peña, S.R. (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association*, 3e edición. México: Editorial El manual Moderno
- Guevara, U., Córdova, J.A., Tamayo, A., Ramos, E., Martínez, H., y Durán, J.Ó. (2004). Desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 24(4), 200-204.
- Guillem, P., Francès, F., Gimenez, F., y Sáiz, C. (2010). Estudio sobre automedicación en población universitaria española. *Revista Clínica Médica Familiar*, 3(2), 99-103.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M.M., y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- González, C., y Moreno, M.G. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 14(6), 422-427.
- González, J., Otero, A., y Prieto, J. (2006). Almacenamiento de antibióticos en los hogares españoles. *Revista Española de Quimioterapia*, 19(3), 275-285.
- González, J.L. Peñacoba, C., Velasco, L., López, A., Mercado, F., y Barjola, P. (2009). Recursos cognitivos de percepción del control, procesos de estrés/recuperación y malestar afectivo en fibromialgia. *Psicothema*, 21(3), 359-368.

- Gutiérrez, J.S.B. (2014). Valoración y análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico. *Revista Enfermería CyL*, 6(2), 74-92.
- Gutiérrez, J., Peñacoba, C., Belasco, L., López, A., Mercado, F., y Barjola, P. (2009). Recursos cognitivos de percepción de control, procesos de estrés/recuperación y malestar afectivo en fibromialgia. *Psicothema*, 21(3), 359-368.
- Hodgson, C.J.R. (2000). *Health locus of control, perception of risk and risk-taking behavior in older adolescents* [A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in the graduate school of the Texas woman's university]. Denton, Texas.
- Hughes, C.M., McElnay, J.C., y Fleming, G.F. (2001). Benefits and Risk of Self-Medication. *Drug Safety*, 24(14), 1027-1037.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). Encuesta Nacional de Salud [Consultado el 04/04/2017]. Disponible en: www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&jdp=1254735573175
- Jiménez, F.G., Ruíz, J., López, L., y Gómez, M. (2016). Impacto de una acción formativa en la prevalencia de automedicación del alumnado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Málaga. *Educación Médica*, 17(4), 186-192. doi: <http://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.03.004>
- Juan, E. (2001). *Los juicios de control sobre los agentes de salud: variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo* [Tesis para optar al título de Doctora en Psicología]. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra.
- Keogh, E. (2006). Sex and gender differences in pain: a selective review of biological and psychosocial factors. *The Journal of Men's Health & Gender*, 3(3), 236-243.
- King, C.D., Keil, A., y Sibille, K.T. (2016). Chronic Pain and Perceived Stress. En Fink, G. (Ed.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion and Behavior: Handbook of Stress Series (Vol.1)*. (pp.413-421). London: Academic Press.
- La Touche, R., Fernández, J., Pesquera, J., y Mesa, J. (2009). Influencia de los cambios hormonales del ciclo menstrual en la percepción del dolor en las disfunciones

- temporomandibulares. Una revisión sistemática de la literatura médica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(3), 153-159.
- Laborin, J.F., Vera, J.A., Durano, F.F., y Parra, E.M. (2008). Composición del locus de control en dos ciudades latinoamericanas. *Psicología desde el Caribe*, 22, 63-82.
- Lami, M.J., Martínez, M.P., Miró, E., y Sánchez, A.I. (2013). Versión española de la Escala de catastrofización del dolor: estudio psicométrico en mujeres sanas. *Revista de Psicología Conductual*, 21, 137-156.
- Landeta, G.P. (2016). *Locus de control y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica* [Tesis para optar al Título de Psicología Clínica]. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazcano, L., Parra, E., Umeres, L., y Valverde, A. (2014). Causas que inducen la automedicación en estudiantes de primer y quinto curso de la Facultad de Medicina de la USFX. *Participación ciudadana y desarrollo local*, 53-62.
- Lee, Y.C., Karlmangla, A.S., Liu, C.C., Finkelstein, J.S., Greendale, G.A., Harlow, S.D., y Solomon, D.H. (2017). Pain severity in relation to the final menstrual period in a prospective multiethnic observational cohort: results from the study of women's health across the nation. *The Journal of Pain*, 18(2), 178-187.
- Lemos, S., Fidalgo, A.M., Calvo, P., y Menendez, P. (1992). Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema*, 4(11), 21-48.
- Loeser, J.D., y Treede, R.D. (2008). The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*, 137, 473-477.
- Lombana, W.G., y Vidal, S.E.G. (2012). Diferencias de sexo en el dolor. Una aproximación a la clínica. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 207-212. doi: <http://doi.org/10.1016/j.rca.2012.05.007>
- López, A.G., Calero, M.D. (2008). Sensibilidad al dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres adultas sanas. *Psicothema*, 20 (3), 420-426.
- López, M.C., Sánchez, M., Rodríguez, M.C., y Vázquez, E. (2007). Cavidol: calidad de vida y dolor en atención primaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 1, 9-19.

- Loyola, A.I.D., Lima, M.F., y Uchôa, E. (2004). Bambú Project: a qualitative approach to self-medication. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1661-1669. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X200400060025>
- MacSwain, K.L.H., Sherry, S.B., Stewart, S.H., Watt, M.C., Hadjstavropoulos, H.D., y Graham, A.R. (2006). Gender differences in health anxiety: an investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 938-943.
- Mandal, S. (2015). Can over-the-counter antibiotics coerce people for self-medication with antibiotics? *Asian Pacific Journal of Tropical Disease*, 5(1), 184-186. doi: [http://doi.org/10.1016/S2222-1808\(15\)60886-6](http://doi.org/10.1016/S2222-1808(15)60886-6)
- Manson, J.E. (2010). Pain: sex differences and implications for treatment. *Metabolism Clinical and Experimental* 59(1), S16-S20.
- Marcus, D.K., Gurley, J.R., Marchi, M.M., y Bauer, C. (2006). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 127-139. doi: <http://doi.org/10.1016/crp.2006.09.003>
- Martínez, R.F., y Rodríguez, C.F. (2001). Factores asociados a preocupación hipocondriaca en pacientes de un Centro de Salud de Atención Primaria. *Psychothema*, 13(4), 659-670.
- Mencías, A.B., y Rodríguez, J.L. (2012). Trastornos del sueño en el paciente con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 19(6), 332-334.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2003). Instituto Nacional de Estadística Encuesta Nacional de Salud 2003. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadistica/encuestaNacional/home.html>
- Molinari, E. (2010). *Psicología clínica del dolore*. Milán: Springer.
- Monsalve, V., y Soriano, J. (2002). Afrontamiento psicológico al dolor. En Peset, R. y Bernat, G. (Eds.): *Humanización de la Atención Sociosanitaria*. Tomo 3, pp. 404-417. Valencia. Generalitat Valenciana.
- Moretti, L.S., y Medrano, L.A. (2015). Validación del Cuestionario de Lugar de Control del Dolor en estudiantes argentinos con cefaleas recurrentes. *Pensamiento Psicológico*, 13(1), 27-38.

- Organización Mundial de la Salud (2014). WHO guidelines for the regulator assessment of medicinal products for use in SM. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2218e/1.html>
- Oros, L. (2005). Locus de control: evolución del concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 14(1).
- Ortega, Y. (2015). *Actitud de los adolescentes hacia la automedicación: Asociación con calidad de vida relacionada con la salud, consumo de sustancias psicoactivas y estilos parentales* [Tesis doctoral]. Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE. Madrid.
- Pérez, J.T. (2012). Fisiopatología del dolor agudo: alteraciones cardiovasculares, respiratorias y de otros sistemas y órganos. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 11(1), 19-26.
- Ramírez, C., y Esteve, R. (2014). The role of sex/gender in the experience of pain: resilience, fear and acceptance as central variables in the adjustment of men and women with chronic pain. *The Journal of Pain*, 6, 608-618. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2014.02.006>
- Rocha, A.R., Harter, R., y Rotenberg, L. (2009). Automedicación entre los trabajadores de enfermería de hospitales públicos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17(6). Recuperado de: www.eerp.usp.br/rlae
- Rojas, J (2015). *Estado del arte “Mujer, trabajo y dolor crónico, una aproximación a la subjetividad de las mujeres”* [Trabajo de grado]. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Rokach, A., Rosenstreich, E., Brill, S., y Goor, I. (2017). People with Chronic Pain and caregivers: experiencing loneliness and coping with it. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological*, 1, no pagination specified. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-017-9571-2>
- Rolin, C., Fournier, B., y Cleverley, K. (2017) Implementing best practice guidelines in pain assessment and management on a women's psychiatric inpatient unit: exploring patients' perceptions. *Pain Management Nursing*, 18(3), 170-178. doi: <http://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.03.002>
- Ruíz, A.M., y Pérez, A. (2011). Automedicación y términos relacionados: una reflexión conceptual. *Revista Ciencias de la Salud*, 9(1), 83-97.

- Sá, M.B., Barros, J.A.C., y Oliviera, M.P.B. (2007). Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(1), 75-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000100009>
- Schreiber, F., Withôft, M., Neng, J.M.B., y Weck, F. (2016). Changes in negative implicit evaluations in patients of hypochondriasis after treatment with cognitive therapy or exposure therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 139-146. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.07.005>
- Segura, M.A., y Calvo, A.S. (2008). ¿Cómo mejorar la automedicación de nuestros pacientes? *Atención Primaria*, 40(5), 221-223. doi: <http://dx.doi.org/10.1157/13120013>
- Seth, B., y de Gray, L. (2016). Genesis of chronic pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17(9), 431-435. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.06.011>
- Shehnaz, S.L., Agarwal, A.K, y Hjan, N. (2014). A systematic review of self-medication practices among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 55(4), 46-483.
- Silva, R.A. (2015). *Ideas hipocondríacas y los niveles de ansiedad en los médicos residentes, internos rotativos y pasantes de medicina del hospital provincial docente Ambato en el periodo enero-julio del año 2013* [Trabajo para optar al título de Psicología Clínica]. Universidad Técnica de Ambato: Ecuador.
- Sobol, M., Babel, P., Plotek, W., y Stelcer, B. (2016). Psychological correlates of acute postsurgical pain: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain*, 20 (10), 1573-1586. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.886>
- Soucase, B., Monsalve, V., y Soriano, J.F. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 8-16.
- Soriano, J., y Monsalve, V. (2002). CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22.
- Soriano, J., y Monsalve, V. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 407-414.
- Tabaoda, N., Lardoeyt, R., López, M., y Arcas, G. (2004). Uso de medicamentos durante el embarazo y su posible efecto teratogénico. *Revista Cubana de Medicina General*

- Integral*, 20(4). Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400003
- Vicente, M.T., López, A.A., Ramírez, M.V., Capdevila, L.M., Terradillos, M.J., y Aguilar, E. (2016). Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Española, del Dolor*, 23(2), 64-74. doi: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2016.3425/2016>
- Visdómine, J., y Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and HealthPsychology*, 6(3), 729-751.
- Wiesenfeld, Z. (2005). Sex differences in pain perception. *Gender medicine*, 2(3), 137-145.
- Zavarize, S.F., y Wechsler, S.M. (2016). Evaluación de las diferencias de género en las estrategias de afrontamiento del dolor lumbar. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 35-45. doi: <http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.2>